

Prijavni formular za učešće na Prvoj regionalnoj Konvenciji MladiCe
"Hoću da znam", Beograd
14.08. – 17.08.2013.

I INFORMACIJA O UČESNIKU

IME/ PREZIME: _____

POL: MUŠKI ŽENSKI

DATUM ROĐENJA: _____ (DD / MM / GG)

E-MAIL: _____ TEL: _____

II INFORMACIJA O ZDRAVLJU UČESNIKA

DIJAGNOZA: _____

TRETMAN: _____

Datum početka tretmana (Datum: .../.../.....)

Tretman održavanja

Remisija

Ostalo: _____ Relaps (Datum: .../.../.....)

Datum završetka tretmana (Datum: .../.../.....)

LEKOVI KOJI SE TRENUTNO KORISTE: _____

ALERGIJE: _____

FIZIČKA OGRANIČENJA: _____

OSTALE MEDICINSKE I DRUGE NAPOMENE: _____

III BOLNICA/INSTITUCIJA GDE SE TRETMAN ODVIJAO

NAZIV MEDICINSKOG CENTRA: _____

ADRESA: _____

GRAD: _____ DRŽAVA: _____

TELEFON: _____ FAX: _____

PREZIME I IME ORDINIRAJUĆEG LJEKARA: _____

TELEFON: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____ URL: _____

IV DOZVOLA ZA UČEŠĆE (SAMO ZA MALOLETNE UČESNIKE)

Dozvoljavam da moje dete (ime i prezime deteta) _____

učestvuje na Prvoj regionalnoj Konvenciji MladiCe „Hoću da znam“

RODITELJ/STARATELJ

IME / PREZIME: _____

RELACIJA: _____

DATUM: _____

POTPIS: _____

V SNIMANJE FOTO/AUDIO/VIDEO MATERIJALA

Dozvoljavam da ja/moje dete _____ učestvuje u audio i video događajima koji će se iskoristiti u medijima u svrhu promocije.

RODITELJ/STARATELJ/SURVIVOR (MLADICA)

IME / PREZIME: _____

RELACIJA: _____

DATUM: _____

POTPIS: _____